Modulo di domanda “Taxi Sociale”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Al | Comune di Campobello di Mazara  II Settore “Servizi Sociali, Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili e Sanità”  protocollo.campobellodimazara@pec.it |
|  |  | | |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a Campobello di Mazara (TP) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter usufruire del servizio del “Taxi Sociale” essendo in una delle seguenti condizioni:

(segnare con una X la voce di interesse)

* Anziano ultra sessantacinquenne parzialmente autosufficiente che vive da solo o si trova in condizioni di difficoltà a spostarsi autonomamente o con familiari conviventi privi di patente di guida;
* Persona adulta in condizioni fisiche tali da impedire o rendere gravemente difficoltosi la guida di un veicolo o l’utilizzo di mezzi pubblici, privo di familiari di riferimento conviventi con patente di guida o con familiari impossibilitati ad accompagnarmi;
* Persona segnalata dal Servizio Sociale che non rientra nei requisiti sopra citati;
* Persona adulta in possesso di invalidità civile o affetti da momentanea e certificata patologia invalidante, impossibilitati ad utilizzare altri mezzi;
* Paziente oncologico;
* Disabile certificato.

per recarsi presso: (indicare l’Ente e la sede) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per la seguente causale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel/i seguente/i giorno/i ed orario/i (indicare precisamente la data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego alla presente domanda (segnare con una X la documentazione allegata):

* attestazione di handicap, così come definito dalla Legge 104/92 (qualora l’utente ne sia in possesso);
* dichiarazione dell’interessato, dei suoi familiari o di altri conviventi che attesti l’impossibilità ad effettuare il trasporto;
* eventuale programma sanitario con indicazione di patologia, della durata del trattamento e della modalità di erogazione (continuativa o ciclica);
* altra certificazione utile a documentare la momentanea patologia invalidante;
* ogni altra certificazione medica adeguata;
* copia della carta d’identità

Campobello di Mazara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_